FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Germaine PROMSY
Docteur ès-Sciences

REMARQUES ANATOMIQUES ET CLINIQUES

SUR LES

RÉTENTIONS PLACENTAIRES PROLONGÉES

Président : M. HARTMANN, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	Auguste BROCA
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	N. WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERY	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
DE MARSEILLE

Hommage de très profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur HARTMANN

A Monsieur le Professeur agrégé LECÈNE

Chirurgien de la Maison Dubois

REMARQUES ANATOMIQUES ET CLINIQUES

SUR LES

RÉTENTIONS PLACENTAIRES

PROLONGÉES

AVANT-PROPOS

Si nous adressons aujourd'hui à nos excellents maîtres l'expression de notre vive gratitude ce n'est pas que nous croyions le moment venu de renoncer à leur précieux enseignement. Plus que jamais nous sentons le besoin de poursuivre nos études médicales, bouleversées dès notre première année d'externat, interrompues à plusieurs reprises.

C'est donc avec l'espoir de retrouver auprès de nos maîtres le bienveillant accueil qu'ils nous ont toujours réservé, que nous nous proposons de reprendre les recherches abandonnées temporairement pour d'autres devoirs.

Que M. le Dr Pagliano, médecin des Hôpitaux de Marseille, dont nous ne louerons jamais assez les conseils et l'inépuisable bonté, veuille bien accepter, en particulier, nos remerciements les plus sincères.

Qu'il nous soit permis avant d'exposer les résultats de notre étude d'adresser à M. le professeur agrégé Lecène l'expression de notre vive reconnaissance. C'est lui qui nous a inspiré ce travail et nous en a montré tout l'intérêt tant au point de vue biologique qu'au point de vue clinique. C'est grâce aux observations et aux planches anatomiques qu'il a bien voulu nous confier que nous avons pu l'entreprendre.

Qu'il veuille bien recevoir nos plus vifs remerciements.

Les observations que nous a confiées M. le Dr Lecène proviennent toutes du service de M. le professeur Hartmann dont le Dr Lecène était l'assistant.

Qu'il nous soit également permis de remercier M. le professeur Hartmann d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

On décrit dans les traités classiques parmi les « tumeurs utérines d'origine placentaire » des néoplasmes bénins développés aux dépens de fragments de placenta retenus dans la cavité utérine après l'accouchement ou l'avortement. On leur a donné le nom de « *polypes placentaires* » ou « de *placentomes bénins* ».

« Pour MM. Faure et Siredey (1) « ces polypes placentaires constituent une véritable greffe hétéroplastique suivant l'expression de Curtis et Oui, « qui, bien irriguée, vit et peut s'accroître comme une « véritable néoplasie. Il faut bien reconnaître d'ailleurs que, tant au point de vue clinique qu'histologique, il existe des formes intermédiaires entre ces « tumeurs et qu'il est souvent difficile de préciser le « moment où un polype placentaire devient tumeur « maligne. »

« Pour MM. Forgue et Massabuau (2), le danger « des polypes placentaires réside dans la possibilité

1. J.-L. Faure et Siredey, *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*, 1911.

2. E. Forgue et G. Massabuau, Gynécologie in *Nouveau traité de chirurgie*, publié sous la direction de A. Le Dentu et P. Delbet.

« de leur transformation en chorioépithéliome. Ce « qui importe en effet dans les polypes placentaires « ce n'est pas la persistance de la réaction déciduale « de la muqueuse utérine déterminant de la conges- « tion et se traduisant par des hémorragies ; c'est ce « fait que ces tumeurs renferment des éléments de « l'ectoderme fœtal dont la nature est fondamenta- « ment envahissante ».

Quelques auteurs se sont refusé à voir dans le polype placentaire une néoplasie véritable. Zarate (1) le considère comme un tissu en voie de nécrobiose lente.

En face de ces opinions contradictoires il nous a semblé intéressant de reprendre cette étude et cela d'autant mieux que le côté clinique de la question n'a pas encore été traité avec une précision suffisante.

On trouvera dans ce travail, après l'exposé historique, six observations inédites qui nous ont été communiquées par M. le professeur agrégé Lecène. Elles sont destinées à montrer la difficulté d'interprétation des signes cliniques qu'empruntent les rétentions placentaires tardives et les erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent donner lieu. Nous y joindrons une étude anatomique. Nous formulerons ensuite les conclusions pratiques de ce travail, c'est-à-dire les restrictions des indications opératoires.

---

1. Zarate, *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1916.

HISTORIQUE

On admet depuis Velpeau (1) que les débris placentaires retenus dans la cavité utérine peuvent en l'absence d'infection y végéter un certain temps. Ces fragments ne tardent pas d'ailleurs à dégénérer et à se transformer en une masse constituée par un mélange de sang et de fibrine à laquelle Velpeau a donné le nom de *polype fibrineux*. Cette masse moulée par la cavité utérine, accrue peut-être par des hémorragies, tend d'ailleurs à être expulsée par les contractions de l'utérus. La durée de son existence, est donc certainement limitée et les cas observés concernent des rétentions qui ne dépassent pas quelques semaines.

Velpeau admet de même la rétention prolongée de la *totalité du placenta* soit après la fausse couche, soit après l'accouchement. Il en rapporte des cas assez remarquables. Dans l'un le délivre ne fut expulsé que le cent troisième jour, dans l'autre que huit mois et demi après l'accouchement. Dans un cas de fausse couche observé par Mlle Lauzel il n'y eut ni déli-

---

1. Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 1830, t. IV.

vrance, ni accident. Une nouvelle grossesse survint, un délivre flétri, comme étranglé par le col, et que l'on avait pu sentir dans la partie supérieure du vagin fut expulsé plus tard avec le deuxième œuf.

Velpeau va même plus loin, il croit à la *résorption* complète du placenta après rétention plus ou moins prolongée. Il observa en 1833 une femme atteinte d'érysipèle, enceinte de trois mois, qui avorta mais n'expulsa que le fœtus. Il n'y avait pas trace de placenta ni de membranes dans les caillots qui furent minutieusement examinés. La femme fut surveillée de très près pendant sa maladie et succomba. A l'autopsie, la cavité utérine était parfaitement libre et saine.

Les polypes fibrineux furent retrouvés après Velpeau par Kiwisch puis par Braun qui y découvrirent des débris encore reconnaissables des membranes de l'œuf. L'origine de cette formation était donc bien démontrée. Virchow (1) et maintenant tous les auteurs considèrent le polype fibrineux comme une masse formée par un caillot organisé, portée par un pédicule dans lequel on retrouve les éléments du tissu placentaire.

En 1860, Braun (2) distingua pour la première fois du polype fibrineux une formation d'origine analogue mais différente par sa structure et par son évolution et il donna le nom de *polype placentaire* à

---

1. *Traité des tumeurs.*
2. Braun, *Allg. Wiener med. Zeitung,* 1860, Bd V.

cette nouvelle individualité pathologique. Tandis que le polype fibrineux est en majeure partie formé de sang coagulé et ne présente que des débris de placenta profondément altéré, le polype placentaire contient les éléments normaux, organisés, vivants du placenta et les caillots ne forment que sa partie toute superficielle. Tandis que le polype fibrineux, masse désorganisée, est en général expulsé après quelques jours ou quelques semaines, le polype placentaire peut végéter dans l'utérus pendant des mois ou des années.

Duncan (1) dans ses cliniques cite deux observations remarquables par le long séjour du polype placentaire dans l'utérus. Dans le premier cas il s'agissait d'une femme qui avait avorté sept mois auparavant et qui se présentait pour des hémorragies. On fit une dilatation du col qui amena l'élimination spontanée d'un polype de la grosseur d'une noix. Dans le second cas, la femme avait eu six enfants et un avortement remontant à huit mois, les pertes firent proposer un curage digital qui ramena un placenta encore vivant.

En 1889, Anna Klasson (2), en rassemblant les observations antérieures remarque que les formations pathologiques qui prennent naissance dans l'utérus puerpéral aux dépens des débris placen-

1. Duncan, *Clinic. Lectures on the diseases of wom.*, 1886.
2. Anna Klasson, *Contribution à l'étude des faux polypes de l'utérus* (*Annales de Gynécologie*, 1889).

taires peuvent demeurer à l'état latent et ne donner l'éveil que longtemps après l'accouchement ou l'avortement.

L'apparition tardive des symptômes peut masquer complètement la nature de ces faux polypes.

MM. Hartmann et Toupet (1), en 1895 distinguent parmi les conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta le « placenta scléreux » et le « déciduome bénin ». Ils en font une importante étude histologique. Sous le nom de *placenta scléreux* les auteurs décrivent un fragment volumineux de placenta vivant constituant une masse adhérente à l'utérus. Ce n'est toutefois pas du placenta normal mais du tissu sclérosé, de consistance assez dure. Au microscope on constate que les vaisseaux sont oblitérés et entourés de tissu conjonctif hyalin et d'un réticulum granuleux dans les mailles duquel se trouvent des globules rouges désintégrés. On y trouve aussi des amas de cellules déciduales.

Bien différente de cette formation est celle que les auteurs désignent sous le nom de « *déciduome bénin* ». Le fragment de placenta reste adhérent, végète, forme de petites masses saillantes dans la cavité utérine, pouvant quelquefois descendre jusqu'à l'orifice du col, tout à fait exceptionnellement jusque dans le vagin.

Dans l'observation rapportée par les auteurs il

---

1. Hartmann et Toupet, *Des conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta* (*Annales de Gynécologie* 1895).

s'agissait d'une masse enlevée par le curettage deux mois après l'avortement. Cette masse avait le volume d'une mandarine, elle était de consistance molle et de couleur rouge-noir, sphacelée à son extrémité et d'apparence sarcomateuse au voisinage de son implantation.

Au microscope on voit la plus grande partie de la coupe occupée par un épanchement sanguin. Au milieu des caillots apparaissent soit des tractus fibrineux, soit des bandes conjonctives en forme de larges villosités.

Les villosités renferment rarement un vaisseau central, leur tissu fondamental est constitué par des fibres-cellules à noyau allongé, dans l'intervalle desquelles il existe une substance cellulaire hyaline avec quelques fines granulations. A la périphérie des villosités on aperçoit une couche de *tissu conjonctif fibrillaire condensé* contenant très peu de noyaux et formant une sorte de membrane limitante à la surface de laquelle on ne trouve ni épithélium ni grandes cellules.

La formation s'était manifestée cliniquement par des métrorragies qui disparurent après l'intervention. Deux ans plus tard, la malade était toujours en bonne santé.

Les auteurs pensent qu'il ne s'agit pas là d'un simple placenta resté adhérent. Pour eux, le volume de la tumeur le démontre. Par l'examen histologique on voit de plus qu'il n'y a pas de tissu en voie de régression. C'est au contraire un tissu en voie d'évo-

lution lente. Il s'agit d'une tumeur qui n'infiltre pas la paroi, qui ne récidive pas après ablation. C'est une tumeur du placenta, un déciduome bénin.

Dans le courant de la même année MM. Lejars et Ch. Lévi (1), apportent à la Société anatomique de Paris une observation qui nous paraît particulièrement intéressante au point de vue clinique. Leur malade avait fait une fausse couche le 10 septembre 1893. Il y eut ensuite une période d'aménorrhée de quatre mois pendant laquelle la malade se crut de nouveau enceinte. Puis, en fin décembre, des pertes roussâtres, fétides, apparurent, suivies un mois plus tard d'une métrorragie très abondante. Les pertes sanglantes et roussâtres continuaient depuis lors. A l'examen on constata un utérus dur, un col fermé, ulcéré, rigide. L'état général était mauvais. On porta le diagnostic d'épithélioma utérin.

L'hystérectomie vaginale fut pratiquée et à l'ouverture de l'utérus, on trouva inséré sur la paroi postérieure et enclavé dans la corne gauche un polype d'environ 3 centimètres de long sur 1 cm. 5 d'épaisseur, de surface plissée et comme chiffonnée, de coloration jaunâtre, uniforme dans la plus grande partie de son étendue. L'apparence était celle d'un polype fibrineux, mais l'examen histologique de la tumeur montra les éléments caractéristiques du placenta : lacs sanguins, villosités avec gaine épithéliale, grandes cellules déciduales. Les villosités

1. Lejars et Ch. Lévi, Soc. anat. de Paris, 1895.

avaient subi pour la plupart la transformation fibreuse. Il s'agissait bien là d'un polype placentaire analogue à ceux qu'avaient publiés déjà plusieurs auteurs.

Vers la même époque, des auteurs allemands, sans s'occuper du polype placentaire, étudient la structure du placenta retenu dans la cavité utérine après la mort du fœtus. Les conditions de vie sont à peu près les mêmes et les modifications structurales sont aussi très comparables.

Merttens (1) a examiné dix placentas expulsés à des époques variant de huit jours à trois mois et demi après la mort du fœtus. Les éléments du placenta sont en bon état de conservation. On note seulement un état œdémateux du stroma des villosités qui contiennent des amas de pigments et des points de calcification. L'épithélium des villosités est nettement conservé. Merttens admet non seulement la survie des tissus placentaires mais même le développement et l'augmentation de volume des villosités après la mort du fœtus.

Graëfe (2) a constaté dans des cas analogues des modifications régressives plus ou moins accusées. Le stroma des villosités devient pauvre en noyaux et subit la transformation hyaline. Au niveau de la

---

1. Merttens, *Beitrage zur normale und en pathologischen Anatomie der menschlichen Placenta* (*Zeiteschrifft für Geb. und Gyn.*, 1894).

2. Graëfe, *Ueber Retention des menschlichen Eves im uterus nach dem Fruchttod* (*Festschrift für C. Rüge*. Berlin, 1896).

sérotine, le tissu primitivement muqueux de la villosité se tranforme en un tissu plus ou moins organisé.

Le syncitium et les cellules de Langhans peuvent disparaître tous les deux ou isolément en quelques points mais persistent généralement intacts même après plusieurs mois de rétention. Le syncitium et l'ectoderme prolifèrent parfois après la mort du fœtus, les éléments placentaires étant encore nourris par l'intermédiaire du sang circulant dans les espaces intervilleux.

L'étude du polype placentaire est reprise par Resinelli (1) qui dans un fragment de placenta en rétention depuis quarante-deux jours ne constate que des modifications très légères au niveau des villosités choriales.

Les vaisseaux étaient restés perméables, le syncitium et les cellules de Langhans étaient bien conservés.

Resinelli signale que le polype était recouvert entièrement par la muqueuse utérine qui l'avait englobé comme un corps étranger (?).

Laverge (2) constate aussi la persistance du syncitium après une rétention tardive mais il remarque que le stroma des villosités est profondément scléro sé.

---

1. Resinelli, *Annali di ostretricia e ginecologia*, 1898.
2. Laverge, *Over mikroskopische Verhondigen bij de geretineerde Placenta.* Thèse de Leyde, 1899.

Langhans (1) a examiné des produits de curettages pratiqués après l'avortement. Il constate la persistance du syncitium des villosités mais ne constate jamais aucun bourgeonnement. Il voit de plus l'endothélium des artères de la caduque cesser brusquement au voisinage des espaces intervilleux où il est remplacé par une couche de grandes cellules proéminentes dans la lumière vasculaire. Ce seraient des éléments d'origine ectodermique ayant proliféré et pénétré dans les embouchures des artères.

En 1903, Michaëlis (2) décrit un petit polype placentaire provenant d'une malade ayant avorté quatre mois auparavant. Ce polype légèrement pédiculé ne mesure que 4 millimètres de diamètre. On y trouve un grand nombre de villosités choriales avec couche de Langhans en prolifération. Il y a de nombreuses mitoses dans l'épithélium de revêtement et dans le stroma conjonctif lui-même. La muqueuse utérine se présente comme une caduque en subinvolution, subissant une forte infiltration leucocytaire. Dans la partie basale de la muqueuse utérine on trouve des villosités faisant saillie dans la lumière des vaisseaux. Il y aurait un *entraînement des villosités choriales dans les tissus maternels*, une sorte de greffe qui expliquerait la végétation du polype placentaire.

---

1. Langhans, *Syncitium und Zellschicht* (*Beitrage zur Geb. und Gyn*, 1901, Bd. V.)

2. Michaëlis. *Beitrage zur pathologischen Anatomie und zur Actiologie der Placentar polypen.* (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.*, 1903, Bd. 17).

Disons tout de suite que Poten (1), avait constaté l'année précédente, en étudiant sept utérus gravides, que cet entraînement de villosités entières ou de fragments de villosités dans les voies sanguines maternelles était un *phénomène normal* qu'il a retrouvé dans tous les cas où le placenta était encore en relation naturelle avec la paroi utérine.

MM. Curtis et Oui (2) ont d'ailleurs contesté l'envahissement des vaisseaux maternels dans le cas de Michaëlis. Les vaisseaux que Michaëlis décrit et considère comme des veines ne seraient en réalité que des espaces intervilleux dont les rapports avec les villosités choriales seraient donc parfaitement normaux.

Curtis et Oui publient deux observations personnelles. La première concerne une rétention placentaire de quinze à dix-huit mois compliquée d'un kyste de l'ovaire. Elle se traduisait cliniquement par des métrorragies abondantes. On fit une hystérectomie subtotale qui permit l'examen du polype et de la paroi utérine. La masse implantée dans le fond de la cavité utérine par une base large était allongée dans l'axe utérin. Le néoplasme pénétrait jusqu'à un centimètre au-dessous de la muqueuse environnante ne laissant à ce niveau à la couche musculaire

---

1. Poten. *Die Verschleppung der chorionzotten* (*Archiv. für Gyn.*, 1902, Bd. 66).

2. Curtis et Oui. *Anatomie pathologique du polype placentaire.* (*Ann. de Gyn. et d'obst.*, 1904).

qu'une épaisseur deux fois moindre qu'elle était partout ailleurs. Le polype mesurant environ 3 centimètres de long sur 4 centimètres de large était constitué par de la fibrine enveloppant des restes de tissus placentaires. Il existe sur les coupes des amas de globules sanguins parfaitement conservés, ce qui indique la persistance de la circulation dans les espaces intervilleux partiellement oblitérés. Les villosités choriales sont généralement en état de parfaite intégrité. Le stroma peut subir la dégénérescence hyaline ou se transformer en tissu fibreux, le revêtement épithélial manque parfois. Ailleurs,il y a persistance de la couche de Langhans et du syncitium qui forment même des bourgeons exubérants.

La muqueuse utérine se réduit à un mince liseré qui enchâtonne la base d'implantation du polype, elle présente tous les caractères d'une caduque en subinvolution.

Le tissu musculaire sous-jacent paraît normal. Les vaisseaux présentent seulement un certain degré d'endartérite oblitérante. Il n'existe aucune trace d'envahissement des vaisseaux maternels par les éléments épithéliaux du polype.

Dans la deuxième observation de MM. Curtis et Oui, la rétention placentaire a duré au moins douze mois, elle était consécutive à une fausse couche de deux mois et demi. Des métrorragies abondantes firent proposer un curettage. La dilatation amena une hémorragie considérable, en introduisant le doigt dans la cavité utérine on trouva une

tumeur mollasse, mamelonnée que l'on prit pour un déciduome bénin. On réveilla la malade et on lui proposa une castration abdominale totale qui fut acceptée.

L'examen histologique de la pièce montra des villosités plus nombreuses et plus volumineuses que dans le cas précédent. Les éléments de la couche de Langhans ont une vitalité très grande, on en rencontre des amas isolés dans les lacunes sanguines, la couche syncitiale a été parfois détachée de la villosité et enclavée dans l'exsudat fibrineux, malgré cela les noyaux conservent leur colorabilité, la couche plasmodiale détachée continue à vivre, isolée de sa base d'implantation.

Les auteurs admettent pour expliquer la persistance de la circulation dans des lacunes en partie comblées par de la fibrine que la couche plasmodiale secrète un ferment soluble qui suspend localement la coagulabilité normale du liquide sanguin. Le sang nourrit le syncitium, le syncitium maintient le sang liquide.

Il n'existe nulle part trace d'envahissement de l'utérus par les éléments placentaires fœtaux. La tumeur est donc de nature bénigne au même titre que celle du cas précédent.

Estéoule (1) continue l'étude des polypes placentaires et publie cinq observations nouvelles dues à M. Bender. La durée de la rétention a varié de

---

1. Estéoule, Thèse de Paris, 1904.

six semaines à treize mois. Les signes cliniques sont toujours les mêmes et se réduisent à des métrorragies qui apparaissent soit immédiatement après les couches, soit après une période de latence. La notion de fausse couche antérieure était connue dans 4 cas et la tumeur fut extirpée par le curettage. Dans un cas, la mauvaise foi de la malade qui niait toute possibilité de grossesse antérieure fit admettre la possibilité de sarcome de la muqueuse utérine. On décida de pratiquer un curettage et de soumettre les débris extraits à l'examen histologique. On découvrit après dilatation une masse polypoïde qui n'était autre qu'un fragment de placenta retenu.

Les observations anatomiques sont à peu près semblables à celles qui ont été décrites par MM. Curtis et Oui. Il s'agit de petites tumeurs du volume d'une noix ou d'une amande, généralement séssiles, quelquefois pédiculées.

Le polype est formé par des villosités choriales parfaitement reconnaissables, séparées par des espaces plus ou moins larges qui, par intervalles, apparaissent complètement remplis par des globules rouges intacts. On y retrouve par places des cellules déciduales formant des placards plus ou moins étendus. Le revêtement des villosités se trouve en état de prolifération extrêmement active. Le syncitium forme souvent d'énormes bourgeons renflés, criblés de noyaux et rattachés à la surface de la villosité par un pédicule plus ou moins rétréci.

Lorsque la rétention est très ancienne (7 mois,

13 mois) les villosités peuvent subir une sclérose massive, le stroma est formé par du tissu conjonctif dense, fibrillaire, chargé parfois de granulations calcaires, on n'y retrouve plus trace de vaisseau sanguin. Par contre les cellules de Langhans et le syncitium ne subissent généralement pas de phénomènes de régression.

L'examen histologique a porté également sur un certain nombre de fragments de la muqueuse utérine ramenés par le curettage. La muqueuse présentait d'une façon générale les caractères d'une caduque en subinvolution. En de nombreux points les cellules déciduales étaient infiltrées par des masses plasmodiales. L'auteur a retrouvé également des cellules syncitiales migratrices dans l'épaisseur de quelques fragments de tissu musculaire ramenés par la curette.

Les éléments syncitiaux néoformés pouvant avoir des dimensions énormes et tendant à infiltrer la sérotine et les fibres musculaires, l'auteur fut plusieurs fois enclin à penser qu'il s'agissait d'un chorioépithéliome malin. L'évolution ultérieure de la maladie prouva qu'il n'en était rien. Les malades furent parfaitement guéries à la suite du curettage et ne tardèrent pas à reprendre leurs forces.

L'auteur insiste pourtant sur ce fait que les polypes placentaires renferment des éléments de l'ectoderme fœtal dont la nature est fondamentalement envahissante. Ces éléments : syncitium et cellules de Langhans demeurent le plus souvent endormis, vivant d'une vie latente mais on peut, on doit même toujours, dit

l'auteur, en craindre le réveil. Un polype placentaire constituera donc toujours pour une malade un parasite dangereux dont il importe de la débarrasser au plus tôt. Si des hémorragies surviennent après l'extirpation il ne faudra pas hésiter à faire un nouveau curettage et à pratiquer l'hystérectomie si l'on trouve dans les débris ramenés par la curette des éléments encore vivants de l'ectoderme fœtal.

Toute différente de la conception de M. Estéoule est l'opinion qu'exprime M. Zarate (1) au sujet des « prétendus polypes placentaires ». Leur vie prolongée est analogue à celle des tissus greffés selon la méthode Carrel. Bien loin de se développer ils sont atteints d'une nécrobiose lente, leur volume peut s'accroître par superposition de couches fibrineuses et sanguines mais ils ne subissent pas d'accroissement réel.

L'unique observation apportée par M. Zarate concerne une rétention placentaire aseptique ayant duré un mois. Il s'agissait d'une albuminurique hypertendue chez laquelle on pratiqua l'extraction du fœtus puis celle d'une portion de placenta dans le but de provoquer une saignée. La cavité utérine fut ensuite vidée par expression. Un mois plus tard il se produisit une hémorragie abondante. On fit l'excision du polype aux ciseaux courbes, on compléta par

---

1. Zarate (Buenos Ayres), *la nécrobiose placentaire. Contribution à l'étude des prétendus polypes placentaires* (*Ann. de Gyn. et d'Obst.* 1916).

l'extraction au moyen de la pince à polypes et par le curettage.

La tumeur avait le volume et la forme d'une noix. Elle était formée par de la fibrine stratifiée, formant un réseau dans les mailles duquel se trouvaient des érythrocytes et des leucocytes. Au-dessous de cette couche se montrent les villosités choriales pressées les unes contre les autres ou entourées d'une masse de sang coagulé. Leurs aspects sont très divers. Tantôt elles sont bien conservées avec leur vaisseau central et la couche syncitiale, tantôt elles sont en état de dégénerescence : stroma pauvre en noyaux ; vaisseau et syncitium disparus.

La couche syncitiale semble subir un processus de liquéfaction car on la rencontre isolée de la villosité sous forme de gros grumeaux ou de gouttes de forme irrégulière. En résumé la structure est celle d'un tissu manifestement dégénéré.

OBSERVATIONS INÉDITES

Dues à M. le Dr Lecène

OBSERVATION I

D. E..., âgée de trente-huit ans, entre le 29 juin 1906 à Lariboisière, dans le service du professeur Hartmann pour des pertes vaginales sanguinolentes et un mauvais état général.

La malade, qui avait toujours été bien réglée depuis l'âge de dix-sept ans, eut une première grossesse à vingt ans et accoucha au cours de crises d'éclampsie d'un fœtus mort. Il y eut quatre grossesses ultérieures pendant lesquelles une albuminurie transitoire fut surveillée et combattue par le régime lacté. Cette femme eut quatre enfants à terme entre vingt et un et vingt-neuf ans.

Il y a six semaines la malade qui avait un retard de règles de quatre à cinq jours fit une chute peu violente et perdit une petite quantité de sang par le vagin.

Elle eut à cette époque une température élevée (40 degrés) pendant quelques jours. Depuis lors, la malade continue à perdre en petite quantité, pendant la journée, un liquide glaireux, jaune rosé.

Ses forces diminuent considérablement, son teint est devenu jaune, elle éprouve une très grande lassitude.

Le ventre est souple, non douloureux. Au toucher vaginal, on sent un col gros, irrégulier, dur, ouvert, admettant l'extrémité de l'index. Le corps de l'utérus est en antéflexion normale, il est un peu augmenté de volume, très dur. Les urines sont troubles, mais ne contiennent ni sucre ni albumine.

On fait le diagnostic de fibrome sous-muqueux du corps de l'utérus avec métrorragies abondantes (réserves pour le cancer du corps). La malade est opérée le 4 juillet 1906.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un utérus manifestement fibromateux. On fait alors une hystérectomie supravaginale par le procédé américain. En sectionnant le col, on a l'impression que la muqueuse est infiltrée. On fait alors ouvrir la pièce et l'on s'aperçoit que la muqueuse du corps paraît être le siège d'un cancer déjà étendu. En conséquence, on enlève le col et on fait ainsi une hystérectomie totale. Une mèche est placée dans le vagin. Fermeture partielle du vagin. Péritonisation complète. Fermeture de l'abdomen sans drainage.

Suites excellentes. La malade est revue le 12 mai 1910. Cicatrice régulière, sans éventration. Guérison complète.

L'examen microscopique de la masse située dans la cavité utérine et simulant un épithélioma du corps, montre que cette masse est tout simplement un placenta nécrobiosé. La plus grande partie des villosités sont sclérosées : leur épithélium de revêtement est le plus souvent détruit ; en quelques points seulement il est conservé et colorable. Il n'existe nulle part d'infiltration de la musculeuse utérine

par les éléments de l'ectoderme fœtal. Il s'agit donc ici d'un résidu placentaire, resté implanté dans la muqueuse utérine.

OBSERVATION II

M..., ménagère, trente-cinq ans, entre à l'hôpital Bichat le 19 mars 1911 (service du professeur Hertmann), pour des métrorragies profuses.

La malade a deux garçons bien portants : la première couche (à l'âge de vingt ans) fut suivie de douleurs abdominales qui furent attribuées, par un médecin consulté, à une rétroversion de l'utérus. Quatre ans plus tard, seconde grossesse, la malade a souffert pendant un mois, s'est reposée et l'accouchement s'est fait normalement à terme.

Depuis cette époque, les règles sont douloureuses et fréquentes (tous les vingt jours). L'année dernière, la malade eut une cystite qui guérit après quinze jours de traitement. Les urines sont actuellement normales. Il y a de la constipation chronique.

La malade commença à souffrir du ventre il y a trois mois, les douleurs siégeaient dans la région sous-ombilicale et irradiaient dans les lombes, particulièrement à gauche. Ces douleurs étaient continuelles et coïncidaient avec une période d'aménorrhée qui dura deux mois. Il y eut ensuite un violent accès de fièvre (40 degrés) qui fut suivi d'une hémorragie utérine importante. Quelques jours plus tard, des pertes jaunâtres, fétides, épaisses apparurent. Depuis lors ces pertes ont cessé, mais il y a des métrorragies de plus en plus abondantes. La veille de son entrée à

l'hôpital, la malade perdit une quantité considérable de sang mêlé à de gros caillots.

Cette femme est affaiblie, son appétit est conservé, mais il y a quelquefois des vomissements le matin. La température est de 37°6.

A l'examen, le ventre est souple, il n'y a pas de résistance de la paroi. La palpation est un peu douloureuse dans l'hypogastre. Au toucher, on sent un col gros, regardant en avant, l'orifice admet à peine la pulpe de l'index. En arrière et à gauche il existe une grosse masse dure, douloureuse, mobile, qui est probablement le corps utérin. Diagnostic : fibrome peu volumineux, mais accompagné de métrorragies abondantes.

Opération le 27 mars 1911. — Hystérectomie abdominale totale. Péritonisation complète. Fermeture sans drainage à deux plans. La malade *sort guérie le 14 avril 1911*.

L'utérus est doublé de volume. La cavité utérine agrandie contient un liquide purulent et une masse bosselée, sessile, implantée à la paroi antérieure et à gauche de l'utérus. Cette masse est de consistance ferme, elle est infiltrée de traînées jaunâtres et de taches hémorragiques ressemblant à des infarctus. *Voir les 3 figures hors texte. Fig. 1 : Aspect macroscopique de la pièce enlevée.*

L'examen microscopique de cette masse montre qu'elle est constituée par un placenta presque entièrement nécrobiosé.

Il n'y a pas de signes de proliférations de l'épithélium des villosités (syncytium et couche de Langhans). La muqueuse utérine est très congestionnée au voisinage de l'implantation de ce résidu placentaire. *Voir les fig. 2 et 3 qui*

donnent les deux aspects histologiques principaux que nous avons trouvés sur nos coupes.

Cette pièce est pour nous le cas type de rétention placentaire tardive.

Dans tous nos autres cas, les lésions histologiques que nous avons constatées étaient absolument superposables à celles rencontrées, décrites et figurées ici.

OBSERVATION III

H. L..., trente-deux ans, ménagère entre à l'hôpital Bichat le 16 mai 1911, pour des métrorragies (Service du professeur Hartmann).

La malade a un passé génital assez chargé. Après avoir eu quatre enfants dont deux sont morts en bas âge, elle a fait deux fausses couches et a subi à la suite de l'une d'elles un curettage à l'hôpital Beaujon. Elle est mal réglée depuis plusieurs années.

L'année dernière la malade est entrée dans le service pour une métrite et une rétroflexion de l'utérus et elle a subi le 23 janvier 1910 un curettage et un raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

Le 23 décembre elle est revenue pour des douleurs abdominales localisées à gauche. L'examen des organes génitaux n'ayant pas donné de signes positifs, les douleurs furent attribuées à des troubles intestinaux. La malade a d'ailleurs été soignée deux fois dans un service de médecine pour des troubles dyspeptiques.

Les hémorragies actuelles ont débuté il y a un mois par un

léger écoulement sanguin qui augmenta peu à peu d'intensité et se termina il y a quelques jours par une forte hémorragie accompagnée de violentes douleurs dans le bas-ventre et les reins. L'écoulement sanguin avait été précédé d'un retard de règles de six semaines, la menstruation étant d'ailleurs irrégulière chez cette malade.

A l'inspection on voit une paroi flasque présentant des ruptures et une cicatrice médiane sous-ombilicale. Par le palper abdominal on sent le fond de l'utérus fixé à la paroi au-dessus de la symphise en arrière du tiers inférieur de la cicatrice. Par le toucher on sent un col long conique dirigé en arrière et à droite, l'orifice est petit, non déchiré, n'admettant pas l'extrémité de l'index, sa consistance est ferme ; les culs-de-sac antérieur et postérieur sont libres. Les culs-de-sac latéraux sont un peu douloureux, à droite on sent une petite masse du volume d'une noisette, un peu douloureuse. L'utérus est collé à la paroi abdominale antérieure, il remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis. On fait le diagnostic de fibrome du corps utérin compliqué de métrorragies abondantes.

Opération le 12 juin 1911. — Hystérectomie abdominale supravaginale avec ablation bilatérale des annexes. Péritonisation complète. Ablation de l'appendice. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage. Guérison complète.

Ovaires kystiques, gros kyste sanguin à droite.

Endométrite hémorragique, avec épaississement considérable de la muqueuse en une région localisée (partie moyenne de la face antérieure).

L'examen histologique montre qu'il existe à ce niveau des

lésions caractérisées par la présence de débris placentaires dans la paroi utérine.

OBSERVATION IV

W..., blanchisseuse, âgée de trente-quatre ans, entre le 16 août 1911 à l'hôpital, pour des métrorragies abondantes.

La malade qui a eu cinq grossesses normales et trois fausses couches était bien réglée jusqu'en février dernier. A cette époque un écoulement sanguin peu abondant apparut et persista pendant deux mois. Il y eut alors une perte plus abondante que l'on peut considérer comme une fausse couche et la malade continua à perdre du sang. Depuis un mois les hémorragies sont de plus en plus considérables et s'accompagnent de caillots. La malade n'a jamais souffert.

Le ventre est légèrement saillant en avant, au palper, on sent une masse remontant assez haut au-dessus du pubis. Au toucher vaginal on trouve un col gros, mou, entr'ouvert, à lèvre antérieure plus saillante que la postérieure. Au-dessus du col, se continuant avec lui, on sent une masse dure du volume d'une orange bien mobile dans tous les sens devant représenter un utérus fibromateux.

Opération le 19 août 1911. — Hystérectomie abdominale supravaginale. Péritonisation complète. Appendicectomie. Réunion de la paroi abdominale sans drainage.

La malade succomba le troisième jour à des accidents cardiopulmonaires (asystolie aiguë). La malade avait été soignée en médecine un certain temps auparavant pour une maladie mitrale.

L'utérus est scléreux et très vasculaire. La muqueuse du corps est épaissie. Il existe dans la région inférieure de l'utérus un fragment de placenta adhérent infiltré dans la paroi. Il est de couleur rouge-jaunâtre et infecté.

L'examen microscopique de ces débris montre qu'ils sont constitués par du placenta en voie de nécrobiose. En aucun point, il n'existe de prolifération des éléments constitutifs de ces débris placentaires : les villosités sont mal colorées et les espaces intervilleux pour la plupart thrombosés.

OBSERVATION V

L..., journalière, âgé de vingt-huit ans, est entrée à Laënnec le 8 septembre 1913, pour douleurs abdominales.

Cette malade qui était réglée normalement depuis l'âge de seize ans et demi a eu un enfant à vingt-cinq ans, elle n'accuse pas de fausse couche.

Les douleurs qui l'amènent sont apparues il y a six mois après un retard de règles de quatre jours suivi d'une perte un peu plus abondante que d'habitude.

Depuis cette époque la malade souffre continuellement du ventre, d'une façon diffuse. Elle accuse de plus trois crises douloureuses très intenses, remontant la première à cinq mois, la seconde à trois mois et demi, la troisième à un mois environ. Les douleurs survenues brusquement dans les fosses iliaques, s'irradiaient dans les lombes et s'accompagnaient de frissons.

Actuellement le ventre est souple, la pression est un peu douloureuse dans les fosses iliaques, nettement douloureuse

dans la région sus-pubienne. Le col utérin est refoulé dans la partie latérale gauche du vagin, il est entr'ouvert et admet dans son orifice l'extrémité de l'index. Dans la partie droite de l'excavation on sent une masse du volume d'une orange paraissant être le corps utérin augmenté de volume.

Cette masse est douloureuse, assez dure, on arrive à la mobiliser ; les culs-de-sac sont libres. Diagnostic : fibrome utérin compliqué de ménorragies.

Opération, 12 septembre 1913. — Hystérectomie abdominale supravaginale. Péritonisation. Réunion complète sans drainage. Fermeture de la paroi à trois plans.

Suite sans incidents. Guérison simple.

L'utérus enlevé a une cavité agrandie contenant une formation polypeuse du volume d'un œuf. Elle est vraisemblablement formée par une greffe de placenta.

La cavité utérine contient un liquide trouble.

Les annexes sont normales.

L'examen histologique montre qu'il s'agit bien ici d'une rétention placentaire. Celui-ci est *presque complètement nécrobiosé* : seuls quelques éléments colorables permettent de reconnaître la structure des villosités et de l'épithélium de recouvrement (syncytium et cellules de Langhans).

En aucun point, le muscle utérin n'est infiltré et la lésion est purement et simplement une *rétention placentaire*

OBSERVATION VI

M..., âgé de trente-deux ans, sans profession, entre à l'hôpital le 4 juin 1911, pour des métrorragies.

La malade qui a deux enfants bien portants a eu une

fausse couche il y a trois ans, on lui fit à cette époque un curettage à l'hôpital Bichat.

La malade qui avait toujours été bien réglée eut il y a deux mois à la suite d'un retard de règles de neuf jours une perte abondante qui fut suivie d'un écoulement sanguin peu abondant mais prolongé.

Il y a quelques jours, à l'époque présumée de ses règles, la malade eut encore une abondante hémorragie et continue à perdre actuellement de petites quantités de sang.

Un médecin consulté porta le diagnostic de fibrome et lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

A l'inspection, la paroi assez épaisse, semble faire une légère saillie à droite de l'ombilic.

Au toucher, on sent le col dirigé très à gauche et un peu en arrière, il est de consistance ferme et présente de petites aspérités dures à son extrémité. L'orifice qui admet la pulpe de l'index regarde à gauche. Dans le cul-de-sac droit et dans le cul-de-sac antérieur on sent une masse dure se continuant à gauche avec le col mobile.

Par le palper abdominal combiné au toucher on constate que cette masse de volume d'une grosse orange est presque toute entière à droite de la ligne médiane, à trois travers de doigt au-dessus du pubis. A gauche, elle s'étend à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, en bas à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Cette masse très mobile suit tous les mouvements imprimés au col, elle présente dans sa partie droite et antérieure quelques petites irrégularités.

On confirme le diagnostic de fibrome utérin compliqué de métrorragies.

Opération, 16 juin 1911. — Hystérectomie abdominale totale. Fermeture du vagin, péritonisation complète. Ablation de l'appendice. Fermeture de la paroi sans drainage. Guérison sans complication.

La pièce montre des annexes normales à part un léger degré d'ovarite kystique. L'utérus est très volumineux, le col, atteint de dégénérescence kystique, est tuméfié. L'ouverture de l'organe montre des lésions d'endométrite fongeuse avec un aspect verdâtre de la muqueuse. Dans le fond de la cavité utérine, à égale distance des deux cornes, existe une petite masse polypoïde noirâtre.

L'examen microscopique de cette masse montre qu'elle est en effet constituée par une rétention placentaire: le placenta est en voie de nécrobiose et les éléments caractéristiques (villosités choriales) sont difficilement colorables et peu reconnaissables. En aucun point il n'existe de prolifération quelconque des éléments celullaires constitutifs, conjonctifs ou épithéliaux, de ces villosités.

ETUDE CLINIQUE

L'étude clinique des rétentions placentaires prolongées n'a été faite que d'une façon incomplète à notre avis. Les auteurs l'ont presque délibérément écartée de leurs travaux comme dépourvue d'intérêt. Tout se résume, disent-ils, en un seul signe : les métrorragies.

En réalité nous pensons qu'il importe de préciser les conditions dans lesquelles se fait la rétention placentaire tardive, d'indiquer les symptômes auxquels elle peut donner naissance et les erreurs de diagnostic qu'elle a bien souvent provoquées, enfin nous en déduirons des notions qui nous paraissent intéressantes au point de vue thérapeutique.

La rétention placentaire prolongée est généralement consécutive à l'avortement. Elle n'est cependant pas exceptionnelle *après l'accouchement à terme*. On croyait autrefois que le polype placentaire se voyait surtout après la fausse couche tandis que le polype fibrineux était plus fréquent après l'accouchement. Il nous est impossible d'admettre cette distinction.

Les grandes causes de rétention placentaire sont d'une part l'insuffisance et l'irrégularité des contrac-

tions utérines, de l'autre les adhérences anormales du placenta. Toutes les affections pathologiques capables de léser le muscle utérin ou la muqueuse utérine, de modifier leur fonctionnement physiologique, celles qui peuvent déterminer une altération du placenta, toutes les conditions susceptibles de troubler la marche de la délivrance pourront être recherchées dans les antécédents des malades suspectes. Rappelons une observation de Bender et celle de Zarate dans lesquelles la rétention tardive avait succédé à l'accouchement. Dans les deux cas l'extraction manuelle du placenta avait été pratiquée : chez la malade de Bender parce qu'il y avait de l'inertie utérine, chez celle de Zarate parce qu'il y avait de la néphrite hypertensive et que l'on se proposait de provoquer une saignée au moyen de l'extraction partielle du placenta.

La symptomatologie du *début* est souvent des plus discrètes. Les suites de couches ont paru normales et c'est un mois (cas de Zarate), deux mois (cas de Bender) seulement après l'accouchement qu'une hémorragie apparaît.

Quand les rétentions prolongées sont *consécutives à l'avortement* les signes cliniques apparaissent aussi à une époque très variable.

Parfois ils se produisent d'emblée par des hémorragies plus ou moins abondantes, d'autres fois ils ne viennent que longtemps après l'accident initial, après une période de tolérance qui peut se prolonger pendant de longs mois.

L'apparition tardive des symptômes a causé bien des erreurs de diagnostic.

La malade a parfois oublié l'hémorragie plus ou moins abondante qui a marqué la fausse couche déjà ancienne.

L'*accident a pu d'autant plus facilement passer inaperçu qu'il survient chez des femmes dont la menstruation est déjà troublée et irrégulière.* L'irrégularité de fréquence explique qu'un retard minime puisse être méconnu. En fait il ne s'agissait dans plusieurs de nos observations que de retards de cinq ou six jours. L'irrégularité d'abondance contribue encore à masquer l'accident abortif.

Quelles que soient la durée de la période de latence et la manière dont les troubles fonctionnels s'installent les *hémorragies* constituent toujours le signe capital de la rétention placentaire aseptique. Le sang est généralement pur. Quelquefois l'écoulement est roussâtre, d'odeur fétide et contient vraisemblablement alors des débris de placenta plus ou moins nécrobiosé. Il rappelle singulièrement alors le liquide de sécrétions cancéreuses (obs. I, cas de Lejars et Ch. Lévi).

L'*abondance* des hémorragies est extrêmement variable. Tantôt il existe un écoulement minime qui persiste pendant des semaines et se termine par une hémorragie abondante. D'autres fois les hémorragies intermittentes sont dès le début assez considérables. D'une façon générale elles tendent à augmenter avec le temps et il ne semble pas que l'utérus

puisse s'adapter à la présence de ce corps étranger qu'est pour lui le fragment de placenta retenu.

La *fréquence* varie de même et s'accroît aussi avec le temps. On observe plutôt des métrorragies que des ménorragies. Il semble que la fonction menstruelle se rétablisse mal tant que persiste la rétention.

Les hémorragies *résistent* aux injections chaudes et au tamponnement, c'est généralement après avoir tenté les traitements médicaux que la malade va trouver le chirurgien.

L'*écoulement leucorrhéique* n'est pas rare dans la rétention placentaire tardive. La métrite chronique n'est pas incompatible avec la survie des gros débris placentaires. Il y a alors tendance à l'élimination au moins des parties superficielles de la tumeur et l'écoulement peut devenir assez fétide. Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que d'une infection légère, atténuée. Un processus infectieux aigu coïncidant avec une rétention placentaire importante ne peut tarder à dépasser l'utérus et ne saurait se prolonger.

La *douleur* est un élément inconstant, rare. Lorsque les femmes souffrent, leurs douleurs siègent dans la région hypogastrique et se propagent dans les fosses iliaques, s'irradiant vers les lombes. Ce sont généralement des douleurs sourdes et ce n'est que très exceptionnellement qu'elles subissent une exacerbation passagère que l'on peut considérer comme une véritable colique utérine. Notons pourtant que dans l'observation V toute la symptomatologie était

réduite à des douleurs abdominales coïncidant avec un gros utérus. Il n'y avait pas d'hémorragie.

La *fièvre* n'a pas été observée en dehors des cas où il existait une infection annexielle concomitante. Il n'y a donc pas de résorption aseptique au niveau de la greffe capable d'amener une élévation de température appréciable.

L'altération de l'état général que nous observons chez nos malades correspond en général à l'anémie de cause hémorragique. Nous l'avons pourtant remarquée une fois (obs. I) dans un cas où il n'existait pas d'hémorragies notables Elle serait donc imputable à des phénomènes d'intoxication par suite d'une infection très atténuée.

Comme signe de voisinage nous avons noté la constipation dans presque tous les cas.

Les *signes physiques* sont pour nous presque aussi importants que les troubles fonctionnels. Il y a toujours une augmentation notable du volume de l'utérus et cet utérus est sensible, son col est généralement entr'ouvert.

Le toucher vaginal combiné au palper hypogastrique permet de constater une masse dont le volume moyen est celui d'une orange. Cette masse peut bomber dans un des culs-de-sac vaginaux lorsqu'il existe une déviation de l'utérus. Plus souvent le corps est en antéflexion normale et perceptible dans la région sus-pubienne.

La consistance de l'utérus est généralement ferme, la forme est régulière. La mobilité est toujours con-

servée quand il n'existe pas de lésions périmétritiques surajoutées.

La palpation et la pression de l'utérus provoquent une sensation pénible, l'utérus est plus sensible qu'à l'état normal.

Le *col* subit aussi une augmentation de volume, il est généralement entr'ouvert, l'extrémité du doigt y pénètre assez facilement ; mais le toucher intra-utérin n'est pas possible sans dilatation préalable. Empressons-nous d'ajouter d'ailleurs, que cette manœuvre ne nous paraît présenter qu'un intérêt des plus restreints en pratique.

L'évolution à longue échéance de ces rétentions placentaires tardives est encore entourée de beaucoup d'obscurité. De nombreux auteurs allemands (1) ont signalé la transformation maligne du polype placentaire et les auteurs français qui se sont occupés de la question semblent avoir tous été fortement préoccupés de cette possibilité d'évolution en chorioépithéliome. Une pareille interprétation anatomo-clinique ne serait bien fondée que sur des examens microscopiques répétés ; or nous ne trouvons rien de semblable dans les publications allemandes auxquelles nous venons de faire allusion. Rien ne nous semble donc autoriser l'adoption de cette interprétation de la transformation en chorioépithéliome d'une rétention placentaire tardive.

Une tendance envahissante avait été attribuée par

1. Apfelstedt et Aschelf, *Archiv für Gynakologie*, 1896, Bd. 50 ; Kworostansky, *Archiv für Gynakologie* 1900 Bd. 62.

divers auteurs (1) à une variété de polypes placentaires qu'ils désignaient sous le nom de *polypes placentaires destructifs*. Ces tumeurs n'étaient autres que des chorioépithéliomes malins, comme Briquel (2) l'a démontré dans son excellente thèse. Elles n'ont donc aucun rapport avec le sujet qui nous occupe actuellement.

Une autre question intéressante peut être posée ici : quelle est la durée de la survie des éléments placentaires dans l'utérus ? Reis (3) en Amérique, prétend avoir retrouvé des villosités choriales dans la paroi utérine d'une femme, dix-huit ans après sa dernière grossesse ; mais il s'agit d'une femme « de couleur » dont les facultés d'observation ne sont peut-être pas à l'abri de toutes critiques.

En général, les observations que l'on retrouve dans la littérature médicale relatent des cas qui ont nécessité l'intervention dans le courant de la première ou de la seconde année au plus tard.

Il nous paraît donc très raisonnable d'admettre que, jusqu'à plus ample informé, l'évolution des « rétentions placentaires » en chorioépithéliomes n'est pas du tout démontrée : Aucune observation probante n'ayant été jusqu'ici publiée, du moins à notre connaissance.

---

1. Zahn, Von Kahlden, Meyer.

2. Briquel, *Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires.* Thèse Nancy, 1903.

3. Reis, *Chorionic villi in the uterine wall 18 years after the last pregnancy* (*The am. J. of obst. and dis. of wom. and child*, 1913).

Diagnostic

Les rétentions placentaires prolongés si elle ne sont pas exceptionnelles demeurent pourtant assez rares. Le tableau clinique auquel elles donnent naissance et qui peut être schématisé : *gros utérus saignant après un état puerpéral*, peut sembler assez caractéristique. Mais les deux premiers signes sont communs à de nombreuses affections utérines autrement fréquentes et la *notion d'avortement initial reste trop souvent méconnue*. Il n'est donc pas surprenant que le diagnostic soit très rarement porté.

Nous avons déjà dit que l'apparition tardive des symptômes est une des causes qui égarent le diagnostic.

La malade a pu ignorer sa fausse couche quand elle ne s'est pas révélée par des signes très accentués, elle a attribué le retard minime et l'hémorragie observés à l'irrégularité de sa menstruation. Quelquefois cet accident a pu être oublié ; ou bien il est si ancien que la malade néglige d'en informer son médecin. Il peut encore être dissimulé volontairement par la malade (cas de Bender).

Ce n'est que par un interrogatoire méthodique et précis que l'on arrive à reconstituer ce point important du passé de la malade.

Lorsque la relation causale avec l'avortement préalable n'a pas été établie, le syndrome hémorragique

a pu être attribué soit au *fibrome* (comme dans plusieurs de nos observations), soit au *sarcome* (1 cas de M. Bender) de l'utérus suivant la consistance et le volume du corps utérin et le degré des troubles généraux.

Une erreur qui a été également commise est celle qui attribue à un *épithélioma* utérin l'écoulement roussâtre, fétide qui se produit chez une femme dont l'état général s'altère rapidement.

C'est bien en réalité le diagnostic de cancer qui doit être porté dans ces conditions et, ce n'est que par l'examen histologique que cette erreur pourrait être évitée, si l'on pensait à le pratiquer.

Dans d'autres cas, la grossesse préalable étant connue, on a pris pour un *placentome malin* la fausse tumeur apparue après dilatation du col (cas de Curtis et Oui). Faisons observer que les signes cliniques du chorioépithéliome sont assez différents de ceux de la simple rétention placentaire tardive.

Dans la majorité des cas, il succède *à une grossesse môlaire ;* il est de plus remarquable par *la rapidité de son évolution* ; il provoque une augmentation nettement progressive du volume de l'utérus ; les métastases pulmonaires et vaginales sont aussi rapides que fréquentes, on a pu dire avec raison que le chorioépithéliome était le plus malin des cancers de l'utérus.

Quant à l'examen microscopique d'un fragment de la tumeur il ne paraît pas pouvoir donner des résultats concluants, d'après la majorité des auteurs.

MM. Forgue et Massabuau (1) dans leur traité de gynécologie paru en 1916 admettent qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun indice histologique nous permettant de distinguer un placentome malin et de prévoir l'évolution de la tumeur.

M. Violet (2) cependant considère comme un élément important du diagnostic l'état de *l'axe conjonctif* de la villosité. Pour lui le bourgeonnement syncitial est normal dans les grossesses de moins de cinq mois et demi. Lorsqu'il y a néoformation épithéliale pathologique, l'axe de la villosité subit rapidement une infiltration, un effondrement, une disparition qui va jusqu'à la substitution de cordons épithéliaux pleins aux villosités choriales.

Il résulte de ce qui précède que la rétention placentaire tardive, bien que d'un diagnostic délicat, peut presque toujours être reconnue par 1° un interrogatoire minutieux qui établira l'origine des troubles observés et 2° grâce à l'examen histologique qui mettra en lumière la nature de la fausse tumeur. Naturellement cet examen n'est possible qu'après dilatation utérine et curettage, car chercher à faire un diagnostic histologique sur un très petit fragmeut de placenta éliminé ou recueilli avec une curette, c'est s'exposer à commettre de grosses erreurs.

De tout ceci, nous pouvons conclure qu'en pra-

---

1. Forgue et Massabuau, *Gynécologie* in *Nouveau Traité de Chirurgie* publié sous la direction de A. Le Dentu et P. Delbet.

2. Violet, *Diagnostic histologique du chorio-épithéliome* (Séance Société Chirurgie, Lyon 10 avril 1917).

tique *il faut penser à le rétention placentaire tardive avant de procéder à l'hystérectomie chez les femmes encore jeunes qui se présentent avec les signes apparents d'une tumeur utérine.* En cas de doute, il faudra toujours pratiquer, comme nous venons de le dire, une dilatation suivie d'un curettage ou plutôt d'un curage avec une curette mousse qui permettront de faire une biopsie sur le fragment de placenta ainsi recueilli.

On évitera ainsi une mutilation inutile et une opération d'hystérectomie qui, sans être évidemment aujourd'hui d'une grande gravité, n'est cependant pas exempte de tout risque.

Ainsi donc, quand le diagnostic de rétention placentaire tardive est confirmé par l'examen microscopique le curettage se trouve avoir été le traitement suffisant de la lésion.

Ce curettage sera naturellement assez vigoureux pour détacher la masse adhérente et vider complètement l'utérus. Une hystérectomie ne deviendrait nécessaire que si la biopsie pratiquée sur le fragment placentaire enlevé par curettage présentait une structure de chorioépithéliome.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'*utérus* est toujours augmenté de volume, il est globuleux, ses dimensions dans la majorité des cas sont comparables à celles d'une orange. La surface est régulière, sans bosselure, la consistance est ferme.

A l'ouverture de l'utérus, le *résidu placentaire* se présente sous des aspects qui varient depuis le simple épaississement apparent d'une région localisée de la muqueuse utérine jusqu'à la masse volumineuse, irrégulière et bourgeonnante remplissant une grande partie de la cavité de l'utérus (voir la planche I) qui se trouve reproduite à la fin de ce travail.

C'est dire que le *volume* de la fausse tumeur est des plus variables. On l'a souvent comparé à celui d'une amande ou d'une grosse noix, c'est ce que nous avons constaté aussi dans la plupart de nos observations.

La base d'implantation *siège* dans le fond de la cavité, souvent au voisinage de la trompe, on la trouve fréquemment aussi sur la paroi antérieure ou sur l'une quelconque des autres faces ; nous l'avons trouvée une fois dans le tiers inférieur de l'organe.

La *forme* est plus souvent sessile que polypeuse quoi qu'en disent les auteurs. Nous n'avons jamais rien observé de comparable à la figure de Bumm qui se trouve reproduite dans le traité de MM. Forgue et Massabuau. On y voit un placentome volumineux remplissant toute la cavité utérine et faisant largement saillie dans le vagin. D'après ce que nous avons vu, c'est plutôt une masse étalée, épaisse et irrégulière. Parfois cependant les contractions utérines ont modelé cette masse restée adhérente par une portion rétrécie qui forme une sorte de pédicule.

La *consistance* des débris placentaires est plutôt ferme au palper.

Leur *couleur* est rose foncé avec des traînées brun-rougeâtre correspondant à du sang coagulé, elle est souvent jaune brun car la surface est généralement constituée par de la fibrine.

On voit par ce qui précède que le fragment placentaire n'est pas toujours nettement reconnaissable à l'examen macroscopique. La détermination de sa nature exacte n'est alors possible qu'après un examen histologique soigné.

L'*anatomie microscopique* comprend : 1° l'étude du résidu placentaire ; 2° celle de la muqueuse utérine ; 3° celle du muscle sous-jacent.

Sur une coupe totale de la fausse tumeur, on peut distinguer en allant de la périphérie vers la base : 1° une *zone externe* représentée par de la *fibrine*, fendillée, stratifiée ou grenue à la périphérie, réticulée au voisinage de la couche suivante ; 2° une

zone moyenne correspondant aux villosités. C'est là qu'est le principal intérêt de la coupe.

Le premier point à établir est celui des *rapports des villosités* avec les vaisseaux sanguins. Nous avons vu que certains auteurs (1) affirment leur pénétration dans les vaisseaux maternels.

Ce fait nous paraît important au point de vue biologique, il permettrait de soutenir que le placenta n'est pas seulement retenu dans la cavité utérine mais qu'il s'y agrippe profondément, s'y enracine en quelque sorte à la manière d'un parasite et l'on comprendrait alors que cette tendance envahissante ait pu paraître voisine de la malignité.

Or, d'un bout à l'autre de nos coupes, nous trouvons les villosités tantôt noyées dans un coagulum sanguin plus ou moins organisé, tantôt situées dans des espaces intervilleux encore remplis par des globules rouges parfaitement intacts. Les premiers points correspondant aux parties thrombosées, les seconds aux espaces intervilleux à circulation conservée.

D'après ce que nous avons vu, les villosités qui sont encore vivantes conservent toujours *leurs rapports normaux*.

L'*état de ces villosités* est différent suivant qu'on les considère dans les régions correspondant au sang circulant ou dans le coagulum fibrineux. Dans le premier cas, elles *ont un aspect absolument normal*.

---

1. Merttens, *loc. cit.*

Leur axe conjonctif à stroma muqueux présente quelques fines fibrilles ondulées et de rares cellules fixes à noyau bien coloré. Le revêtement épithélial apparaît avec la plus grande netteté. Le syncitium présente des prolongements irréguliers, des bourgeons renflés qui existent dans le placenta normal. Les cellules de Langhans polyédriques, à gros noyau, se disposent souvent en assises superposées et en amas. Ce sont des villosités presque complètement saines. En tout cas, la *prolifération épithéliale n'est nullement exagérée.*

Les modifications structurales que l'on observe dans les portions thrombosées du placenta sont comme on doit s'y attendre de l'ordre dégénératif. On note l'amincissement progressif du syncitium et de la couche de Langhans, la sclérose de la charpente conjonctive des villosités, la thrombose des vaisseaux centraux.

Les *cellules déciduales* maternelles ne présentent aucune modification notable. Nous n'avons pas observé dans nos coupes l'hyperplasie décidiuale qui a été signalée par MM. J.-L. Faure et Boidin (1).

La *muqueuse utérine* a été examinée à quelque distance de la base d'implantation du placenta. Elle est fortement congestionnée et le *développement considérable des vaisseaux s'accompagne d'une augmentation de volume des culs-de-sac glandulaires.* Il

1. J.-L. Faure et Boidin, *Polype placentaire avec hyperplasie déciduale.* (Soc. d'Obst. Gyn. et de Pédiatrie, déc. 1908).

existe de grandes cellules polyédriques à protoplasme clair dans lesquelles on reconnaît facilement les cellules déciduales et des cellules géantes polynuclées, véritables angioclastes.

La muqueuse utérine reste donc manifestement en état de subinvolution. Ceci explique les métrorragîes persistantes qui manquent bien rarement chez les malades atteintes de rétention placentaire prolongée.

Le *muscle utérin* sous-jacent ne présente pas de modification appréciable, d'après nos examens.

CONCLUSIONS

La rétention très prolongée dans la cavité utérine de fragments assez volumineux de placenta ne saurait être mise en doute.

Ces masses placentaires ont été décrites à tort comme des *tumeurs* bénignes susceptibles d'acquérir secondairement des caractères de malignité.

Nous croyons avoir établi dans notre travail que si la transformation en chorioëpithéliome n'est pas *a priori* impossible, elle doit être considérée en tout cas comme tout à fait exceptionnelle.

Nous pensons avoir démontré aussi que le polype placentaire ne peut être considéré comme un néoplasme bénin. En effet, il ne se développe pas par prolifération de ses éléments propres, refoulant les tissus environnants à la manière des tumeurs bénignes.

A notre avis, le placenta en rétention n'est qu'un très médiocre greffon qui peut continuer à vivre, il est vrai, très longtemps, grâce à la persistance de la circulation maternelle mais qui doit être définitivement éliminé. Nous ne savons rien, il est vrai, de la durée maxima de cette survie du placenta en réten-

tion ; en tout cas, nous savons bien que l'accroissement apparent de ce débris ne se fait que par accumulation et organisation de caillots ; on peut à ce point de vue le comparer au thrombus qui se développe et se propage dans toute la longueur d'un vaisseau.

Il nous paraît donc légitime de rayer du cadre des « tumeurs utérines d'origine placentaire », ces rétentions placentaires prolongées, simples résidus à vie très précaire, qui n'ont dans l'organisme où ils se trouvent retenus qu'une existence essentiellement transitoire.

Au point de vue clinique, les rétentions placentaires prolongées ne se manifestent parfois qu'après une longue période de tolérance.

L'avortement initial peut alors être cliniquement méconnu ou tout moins relégué à l'arrière-plan des antécédents de la malade. Il en résulte des erreurs de diagnostic que l'allure clinique créée par ces états de rétention contribue à rendre encore plus fréquentes. La symptomatologie peut être en effet assez variable ; elle est très souvent superposable à celle d'affections utérines bien plus communes, telles que le fibrome sous-muqueux ou l'épithelioma primitif du corps utérin.

La confusion ne peut être évitée que : 1° par un interrogatoire très précis permettant d'établir la relation directe des troubles observés avec une grossesse préalable ; 2° par la dilatation utérine au moyen d'une grosse laminaire et le curettage explorateur,

suivi lui-même d'une biopsie. En pratique, ce curetage constituera le traitement chirurgical suffisant des rétentions placentaires prolongées dans la très grande majorité des cas.

Vu : le Président de la thèse,

HARTMANN

Vu : Le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. POINCARÉ

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 4078-19

Fig. 1. — Rétention placentaire tardive (Obs. II).

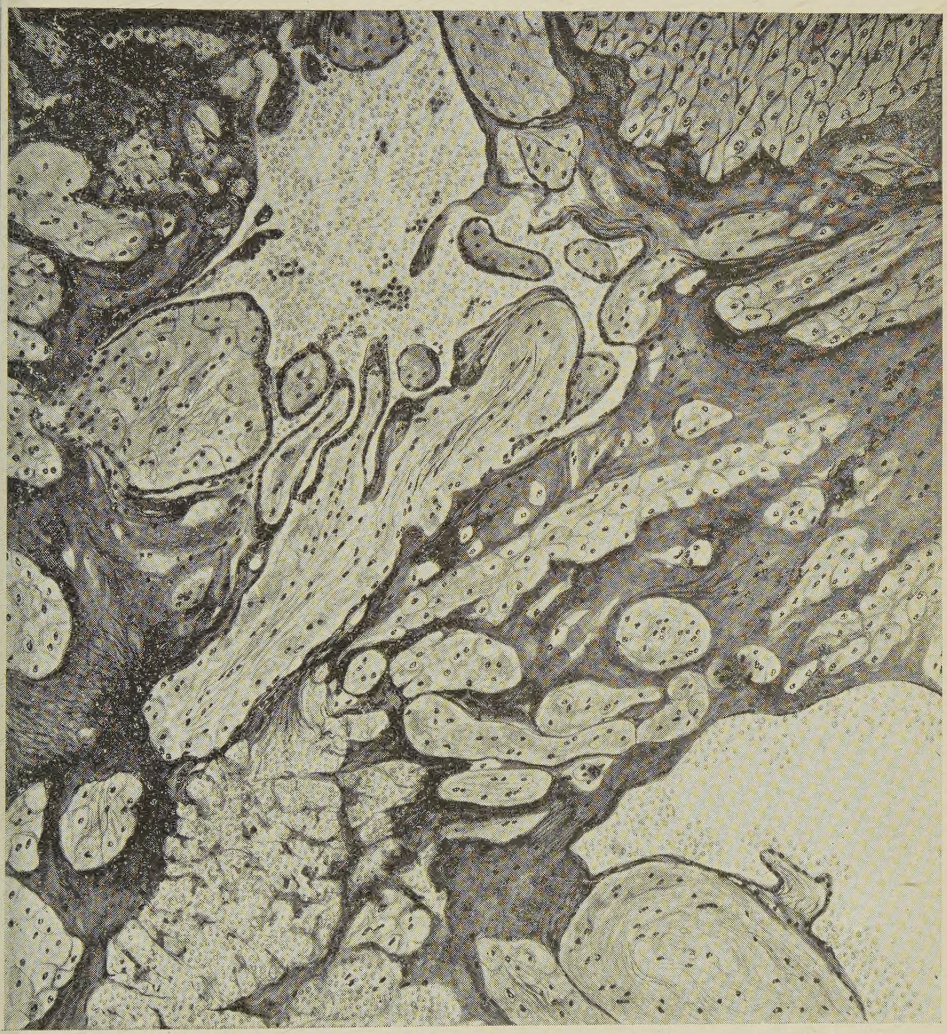

Fig. 2. — Coupe passant par le " débris placentaire " en rétention. On voit que la structure du placenta fœtal est encore reconnaissable mais qu'il n'existe en aucun point de prolifération de l'ectoderme fœtal (observation II).

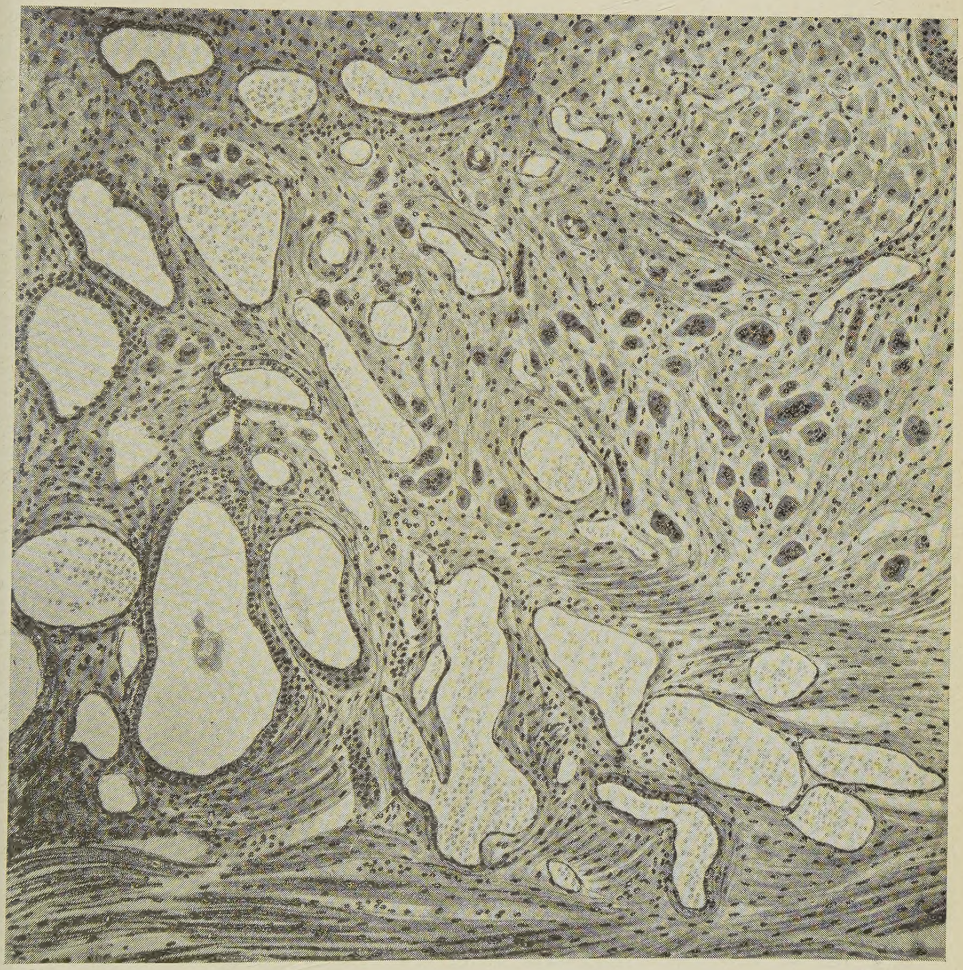

Fig. 3. — Coupe passant au niveau de la muqueuse utérine immédiatement à côté de l'insertion du débris placentaire. On notera la dilatation des vaisseaux sanguins, et la persistance de cellules déciduales maternelles et de cellules géantes angioclastiques (observation II).